

COLLEGE PARK YOUTH & FAMILY SERVICES



Bienvenido!

Le agradezco que haya elegido los *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park*. Estamos aquí para servir a usted y a su familia.

Nuestro objetivo es trabajar con ustedes para reconocer los problemas que le afectan y para identificar soluciones. Como creemos que la terapia es un esfuerzo conjunto hemos basado nuestros programas con esto en mente. Nuestra experiencia indica que la orientación terapéutica tiene mejores resultados cuando se atiende semanalmente, por eso le sugerimos que sea consistente en su asistencia. La puntualidad a todas las citas es esencial para poder trabajar juntos.

Este grupo de documentos incluye varios formularios. Le pedimos que Ud. los revise, firme y los devuelva. Ud. tiene el derecho de rehusarse a firmar cualquiera de estos formularios.

Muchas veces la comunicación con otras agencias o profesionales, tales como escuelas y médicos, que han trabajado previamente con Ud./s, ayudará a la terapeuta a comprender más claramente la dinámica de su familia. Para esto, necesitamos su autorización escrita.

Al mismo tiempo, puede haber ocasiones en el futuro, cuando le pediremos que Ud. comparta su experiencia personal sobre nuestro programa con aquellas autoridades que proveen fondos, o con personas electas del gobierno. Beneficiará a todos que estas personas escuchen testimonios directos de parte de aquellos que han sido atendidos por estos servicios. Por supuesto, esto es opcional; Ud. nunca será obligado a participar.

Nuevamente, le damos la bienvenida. También le agradeceremos cualquier sugerencia y/o comentario que pueda tener sobre nuestros servicios.

Sinceramente,

A handwritten signature in cursive script that reads "Peggy Higgins".

Peggy Higgins, LCSW-C
Directora

09/07

COLLEGE PARK YOUTH & FAMILY SERVICES



Nombre: _____ Vive con el niño (1) Si _____ No _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Vive con el Niño (1) Si _____ No _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Vive con el Niño (1) Si _____ No _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Vive con el Niño (1) Si _____ No _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

6. Otras personas importantes en la vida del niño

Nombre: _____

Relación con la Familia: _____ Vive con el Niño (1) Si _____ No _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Sexo: _____

Nombre: _____

Relación con la Familia: _____ Vive con el Niño (1) Si _____ No _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Sexo: _____

COLLEGE PARK YOUTH & FAMILY SERVICES



1. **NOMBRE DEL NIÑO/A:** _____

2. Edad: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Raza: _____

Sexo: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Otros adultos en la casa: _____

3. **NOMBRE DEL PADRE:** _____ VIVE CON EL NIÑO (1) Si ___ No ___

Dirección: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular) _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Ocupación: _____ Ingreso Anual: _____

4. **NOMBRE DE LA MADRE:** _____ VIVE CON EL NIÑO (1) Si ___ No ___

Dirección: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular) _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Ocupación: _____ Ingreso Anual: _____

5. Hermanos/as

Nombre: _____ Vive con el Niño (1) Si ___ No ___

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____

Sexo: ___ Escuela: _____ Grado: _____

Categories of Race/Ethnicity:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> White Non-Hispanic | <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Unreported |
| <input type="checkbox"/> Black Non-Hispanic | <input type="checkbox"/> Native American | <input type="checkbox"/> Other Hispanic |
| <input type="checkbox"/> White Hispanic | <input type="checkbox"/> Middle Eastern | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Black Hispanic | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | |

COLLEGE PARK YOUTH & FAMILY SERVICES



7. POR CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES POR FAVOR INDIQUE SU GRADO DE SATISFACCION.

- 1= Extremadamente descontento
- 2= Muy descontento
- 3= Mas o menos descontento
- 4= Difícil de definir
- 5= Mas o menos satisfecho
- 6= Muy satisfecho
- 7= Extremadamente satisfecho

- ___ 1. Cuan satisfecho esta Ud. con la conducta de sus hijos?
- ___ 2. Cuan satisfecho esta Ud. como padre?
- ___ 3. Cuan satisfecho esta Ud. en su relación con sus hijos?

8. SUS PREOCUPACIONES POR SU HIJO Y SU FAMILIA:

- Qué lo trae aquí? _____

- Cuando fue la primera vez que notó esto?

- Que medidas ha Ud. tomado que le ayudaron en su problema?

- Que medidas ha Ud. tomado que NO le ayudaron en su problema?

09/07



AUTORIZACION PARA OTORGAR SERVICIOS

Yo, _____, autorizo por este medio a
_____ a recibir servicios de terapia por College Park
Youth and Family Services.

Fecha

Padre/Guardián

Terapeuta

09/07



INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

En cumplimiento de los requisitos de investigación, evaluación y obtención de fondos, *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park* tiene que proveer la siguiente información al Departamento de Servicios al Menor:

- a) Nombre del Menor
- b) Fecha de nacimiento del Menor

Dos años después de haber concluido la terapia, nuestra lista de clientes es revisada por las autoridades del Departamento de Servicios al Menor para comparar con la lista que las autoridades mantienen de menores envueltos en el sistema judicial. El objeto de este procedimiento es colaborar con dichas autoridades en la evaluación de nuestro programa.

La información requerida es: nombre completo y fecha de nacimiento del menor, y las fechas de comienzo y cumplimiento de los servicios prestados. La información sobre las sesiones y los temas discutidos en cada una, no serán compartidos. Los nombres de los menores que no tienen antecedentes en el sistema judicial serán analizados pero no retenidos por el Departamento.

He leído la información detallada arriba con relación a la difusión de información restringida al Departamento de Servicios al Menor por Servicios para Jóvenes y Familias de College Park y doy mi autorización para eso. Entiendo que si mi hijo/a no tiene antecedentes en el Departamento, dichas autoridades analizarán la información pero no retendrán ninguna parte de la documentación.

Nombre del menor: _____
(Primer Nombre) (Inicial) (Apellido)

Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Testigo/Terapeuta: _____ Fecha: _____



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Nosotros creemos que una relación de respeto sirve al bienestar del cliente y al nivel de profesionalismo del terapeuta.

Como cliente usted tiene **derecho** a:

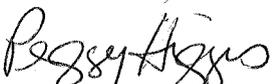
1. Ser tratado con dignidad y respeto.
2. Recibir el método disponible mas apropiado, sin discriminación por sexo, edad, raza, color, religión, origen, incapacidad o cualquier otra categoría bajo las leyes Federales.
3. Privacidad sobre a sus conversaciones y tratamientos documentados.
4. Participar activamente en el plan de tratamiento.
5. Obtener información sobre el plan de tratamiento.
6. Ser atendido puntualmente, o si es necesario a ser notificado de cualquier cambio lo antes posible.
7. Ser informado del reglamento de la agencia sobre citas no cumplidas.

Como cliente usted tiene la **responsabilidad** de:

1. Presentarse puntualmente a su cita. Las sesiones son de 50 minutos.
2. Notificar a la agencia, por lo menos 24 horas antes, si tiene la necesidad de cambiar su cita.
3. Compartir el planeamiento de los objetivos de la terapia, y de cooperar en alcanzar el mejor tratamiento para usted y su familia.
4. Dejarnos saber si usted esta satisfecho o descontento con nuestros servicios.

Nosotros agradeceremos sus opiniones, sugerencias, y/o preguntas que pueda tener sobre nuestros servicios y le damos la bienvenida como cliente.

Sinceramente,


Peggy Higgins, LCSW-C
Directora

Padre/Guardian

Terapeuta

Fecha

Fecha

9/07



INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Yo, _____, Padre, y/o guardián de _____,
residiendo en _____ por la presente autorizo a *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park* a grabar por equipo audio-visual o a observar a través de espejo de dirección única, las sesiones terapéuticas de mi familia, incluyendo a mi mismo, con el propósito de supervisión de nuestra/mi terapia. Yo retengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento o por cualquier sesión individual. Yo/Nosotros entendemos que las cintas grabadas tendrán carácter confidencial y serán guardadas bajo llave.

Fecha

Padre y/o Guardián

Fecha

Padre y/ Guardián

Fecha

Terapeuta

09/07



HIPAA
Health Insurance Portability and Accountability Act
(Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico)

INFORMACION SOBRE NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Nosotros nos esforzamos en proteger la privacidad de nuestro cliente y en guardar la confidencialidad sobre la información de su salud. La nueva ley federal requiere que demos a conocer nuestras normas sobre la protección de la privacidad. Usted tiene el derecho a mantener la información de su salud bajo estricta confidencia; *Servicios para Jóvenes y Familias de College Park* esta obligado a atenerse a los términos de la Noticia Sobre la Practica de la Privacidad que esta actualmente en efecto, y a proveer información de las obligaciones legales y practicas sobre la privacidad con respecto a la protección de información confidencial de la salud. Si Usted tiene alguna pregunta sobre esta información, por favor comuníquese con la encargada de nuestras practicas de privacidad, Peggy Higgins, LCSW-C.

Si Usted esta interesado en mas detalles sobre como utilizamos y compartimos información individual y cuales son sus derechos como individuo, por favor déjenos saber y le proveeremos con una copia de nuestra Información sobre Nuestra Practicas de Privacidad.

He leído y entiendo que Servicios para Jóvenes y Familias de College Park, por requisito de ley, mantiene la privacidad de la información de salud bajo recomendación de HIPAA (siglas en Ingles, Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Medico) y que yo tengo acceso a estas disposiciones. Se me ha dado la oportunidad de analizar la Información sobre Nuestras Practicas de Privacidad. Entiendo que al firmar este documento estoy confirmando mi autorización para el uso y/o para poner a disposición de otras partes involucradas, la información confidencial. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Nombre Completo

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha